

## ZOOM CLINIQUE

*Pages réalisées sous la direction éditoriale de Mathilde Jalladaud*

# Quand un échec de thérapeutique parodontale cache une autre pathologie

**Ishai-Yaacov Sitbon, exercice mixte libéral et hospitalier, orienté en pathologie et dermatologie buccale**

Un échec même partiel en fin de traitement parodontal bien mené avec une bonne observance et participation du patient, doit amener à s'interroger sur les causes dudit échec pour chercher à les contrôler.

Néanmoins, devant certains signes cliniques particuliers, une nouvelle orientation diagnostique sera envisagée :

- Gingivorragies spontanées ou provoquées non corrélées à l'accumulation de plaque.
- Gène ou douleur à l'alimentation et au brossage.
- Aspect vernissé avec ou sans œdème gingival
- Présence de lésions muqueuses.

En consultation de dermatologie buccale, les situations parodontales ou gingivales atypiques cliniquement ou dans leur réponse aux traitements sont un des principaux motifs de consultation.

## CAS CLINIQUE

M<sup>me</sup> M. 60 ans, sans antécédents médicaux notables, ancienne fumeuse sevrée (2003) se présente en consultation de pathologie buccale, ainsi qu'en hospitalisation de jour, à l'hôpital Avicenne en mai 2021.

En 2018, elle rapportait : gingivorragies au brossage, halitose, et gencives gonflées parfois douloureuses. Son chirurgien-dentiste l'a alors adressée, devant sa symptomatologie douloureuse, à un parodontiste pour traitement de sa maladie parodontale.

En 2021, malgré une bonne observance théra-

peutique, un contrôle de plaque satisfaisant et un suivi régulier, la patiente soulagée de la disparition de l'œdème gingival et de l'halitose, se plaignait toujours de :

- Douleurs gingivales spontanées et provoquées au brossage et à l'alimentation.
- Sensation de « peau qui part dans la bouche ».
- Petites cloques à contenu liquidien.

Devant ce tableau, son parodontiste l'adressait pour exploration clinique de sa gingivite érosive linéaire persistante.

L'examen clinique endobuccal révélait :

- Un érythème gingival linéaire diffus, localement érodé [Fig. 1-5].
- Des toits de bulles (aspect de « peau blanchâtre » surélevée et décollée en bordure d'érosion) [Fig. 1-4].
- Des érosions post-bulleuses [Fig. 3-5].
- Une bulle intacte [Fig. 5].
- Un signe de la pince positif sur plus de 0,5 mm [Fig. 6].

Cet examen stomatologique fut complété par un bilan ORL qui retrouvait un érythème du cavum et de la région aryténoïde, un examen ophtalmologique concluant à une conjonctivite fibrosante débutante, un bilan sanguin à la recherche d'anticorps circulants et une consultation dermatologique ne retrouvant aucune localisation cutanée. Une biopsie gingivale pour analyse histologique et immunofluorescence directe (positive) a permis d'objectiver un décollement bulleux sous-épithé-



**Fig. 1** - Secteur antérieur inférieur avec: gencive érodée de 32 31 42 43 et toit de bulle en distal de 41.



**Fig. 2** - Secteur latéral droit inférieur avec: Gencive érodée en vestibulaire de 45-46, érythème diffus.



**Fig. 3** - Secteur latéral gauche inférieur avec: Une érosion circulaire post-bulleuse à halo érythémateux en 34-35.



**Fig. 4** - Secteur antérieur supérieur avec: Un érythème linéaire diffus, un toit de bulle visible sur la papille 12-13.



**Fig. 5** - Secteur latéral droit supérieur avec: un toit de bulle en bord d'érosion (16); une bulle intacte en regard de 14.



**Fig. 6** - Illustration d'un signe de la pince positif sur plus de 0,5 mm en regard du toit de bulle de la papille 12-13.

lial, et un dépôt linéaire d'IgG et C3. Ces examens ont permis de poser un diagnostic de Maladie Bulleuse Auto-Immune (MBAI) de type Pemphigoïde Cicatricielle avec atteinte Buccale, ORL, et ophtalmologique. Un traitement par Disulone a été entrepris, et la symptomatologie buccale contrôlée par des bains de bouche corticoïdes.

### CONCLUSION

Reconnaître les signes d'appel des MBAI, ou les situations cliniques atypiques, permet d'adresser les patients et d'intercepter des pathologies aux conséquences potentielles graves (allant de la cécité à l'engagement du pronostic vital, selon la MBAI) à un stade encore débutant, limitant les séquelles éventuelles. ▀

### Bibliographie

Chan LS, Ahmed AR, Anhalt GJ, Bernauer W, et al. The first international consensus on mucous membrane pemphigoid: definition, diagnostic criteria, pathogenic factors, medical treatment, and prognostic indicators. *Arch Dermatol.* 2002 Mar;138(3):370-9. { Murrell DF, Marinovic B, Caux F, Prost C, et Al. Definitions and outcome measures for mucous membrane pemphigoid: recommendations of an international panel of experts. *J Am Acad Dermatol.* 2015 Jan;72(1):168-74 } \* Alexandre M, Brette MD, Pascal F, et Al. A prospective study of upper aerodigestive tract manifestations of mucous membrane pemphigoid. *Medicine (Baltimore).* 2006 Jul;85(4):239-252. B. Carey, S. Joshi, A. Abdelghani, J. Mee, et Al. The optimal oral biopsy site for diagnosis of mucous membrane pemphigoid and pemphigus vulgaris, *British Journal of Dermatology*, Volume 182, Issue 3, 1 March 2020, Pages 747-753.